

И. В. Котова, Т. А. Бритвин, Е. А. Алферьева-Мартино, Д. А. Пирогов

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского

ИНЦИДЕНТАЛОМА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЭКТОПИРОВАННОЙ В СРЕДОСТЕНИЕ? (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Представлено клиническое наблюдение нераспознанной ни на дооперационном этапе, ни во время хирургического вмешательства паратиреоаденомы, расположенной в переднем средостении. Последняя была принята за загрудинный зоб со сдавлением органов шеи, средостения. Окончательный диагноз установлен при патоморфологическом исследовании.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, околощитовидные железы, инциденталома.

В клинической практике «инциденталомами» принято называть случайно выявленные различные эндокринные опухоли, включая случайно выявленные инциденталомы околощитовидных желез (ОЩЖ). Приводим клиническое наблюдение.

Больной К., 62 года, поступил в отделение хирургической эндокринологии МОНКИ им. М. Ф. Владимирского в 30.01.2013 г. в экстренном порядке. Предположили загрудинное новообразование щитовидной железы (ЩЖ) со сдавлением органов шеи, средостения. Предъявлял жалобы на затруднение дыхания, одышку при легкой физической нагрузке, отмечал, что спит в вынужденном положении – сидя и что твердая пища проглатывается с большим трудом. Указанные жалобы появились два месяца назад. Обратился в поликлинику по месту жительства. Направлен на ультразвуковое исследование (УЗИ) шеи, при котором выявлено узловое образование в правой доле ЩЖ 56x46 мм, уходящее за ключицу. Рентгенография грудной клетки: новообразование загрудинно расположенной ЩЖ. Гормональные исследования, биохимические исследования крови не проводились. Госпитализирован в отделение хирургической эндокринологии МОНКИ с целью срочного обследования и решения вопроса об операции.

Данные при поступлении: странгулярное дыхание, ЩЖ увеличена, в правой доле пальпируется образование, уходящее за грудину и ключицу размерами 50x40 мм, плотно-эластической консистенции, малоподвижное, безболезненное. Левая доля неоднородная, спускается за грудину. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Срочно произведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) шеи, грудной клетки: в нижних отделах шеи и заднем средостении, занимая центральные и правые отделы, визуализируется объемное образование неомогенно пониженной плотности с наличием перегородок и частично кальцинированной стенкой.

Верхний контур образования находится на уровне С6 позвонка позади от правой доли ЩЖ, при этом четкой границы между ними нет; нижний полюс достигает бифуркации трахеи; задним контуром опухоль прилежит к позвоночнику, передним смещает и деформирует трахею, левым оттесняет и резко суживает пищевод, интимно прилежит к правому контуру дуги аорты, на уровне средних отделов образования просвет пищевода визуализируется нитевидным, ниже образования просвет пищевода сужен до 13 мм, вдоль правого контура образования проходят правые брахиоцефальные сосуды и правая внутренняя яремная вена, ширина максимально суженой части трахеи над бифуркацией – 6x7 мм (на 23 мм выше бифуркации трахеи). Размеры объемного образования: вертикальный – 105 мм, передне-задний – 60 мм, боковой – 73 мм; вдоль левого контура трахеи, ниже левой доли ЩЖ определяется еще одно объемное образование, по плотности аналогичное описанному выше и которое распространяется максимально ретростернально в переднее средостение, имеет «каплевидную» форму. Размеры: передне-задний – 28 мм, боковой – 33 мм, максимальный по длиннику – 67 мм, вдоль его заднего контура проходят левая плечеголовная вена и дуга аорты. Исследование в костном режиме: костно-деструктивных и костно-травматических изменений не отмечено.

Бронхоскопия: умеренное сдавление трахеи на уровне 5 кольца по задней и боковой стенке (сужение до 5–6 мм), слизистая оболочка трахеи на этом уровне гладкая, бледно-розовая, блестящая, кольца трахеи хорошо дифференцируются, карина прямая, основание ее не расширено.

Сцинтиграфия ЩЖ (Тс99m-пертехнетат): частично загрудинное расположение ЩЖ, левая доля – неравномерная диффузно-очаговая деструкция ткани с изменением формы и понижением фиксации РФП в верхнем полюсе, правая доля – диффузная неравномерная деструкция

ткани. Гормональные исследования не проводились, уровень общего кальция – 2,7 ммоль/л, фосфора – 0,69 ммоль/л.

В экстренном порядке 04.02.13 больной оперирован. Произведен шейный доступ. В ходе оперативного вмешательства в правой доле выявлен умеренной плотности малоподвижный конгломерат узлов, уходящий за грудину и ключицу, спускающийся в передне-верхнее средостение. Конгломерат образования интимно прилежал к пищеводу, «уходил» за трахею, огибая ее. Правые ОЩЖ в конгломерате не визуализировались. Правый возвратный гортанный нерв «врастал» в ткань опухоли. Тупым и острым способом опухоль отделена от пищевода и трахеи, инвазии в эти структуры не было. При выделении конгломератного образования целостность его нарушена, выделилась буро-коричневая жидкость (до 200 мл). Правый возвратный гортанный нерв программно иссечен. После мобилизации левых ОЩЖ, левого возвратного гортанного нерва, перевязки с прошиванием верхних щитовидных артерий, произведена экстирпация ЩЖ.

Клинических проявлений гипокальциемии после операции не отмечалось. Уровень кальция не определялся. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 8 день после операции.

Макропрепарат: «ЩЖ» в виде 2 фрагментов массой 64,0 г и 10,0 г; границы долей неразличимы, больший фрагмент размером 14,0x5,5x1,0 см, деформирован, на разрезе большую его часть занимает многокамерная киста с диаметром полостей от 2,5 до 4,0 см. Толщина стенок кист от 0,2 до 0,4 см, стенки шероховатые с участками светло-коричневого цвета, выступающими в их просвет на 0,5–1,5 см, на остальном протяжении выявляется мелкоячеистая красно-коричневая ткань. Второй фрагмент – 5,0x3,0x2,5 см, на разрезе ткань мелкоячеистая, красно-коричневая.

Гистологическое исследование: большая часть объема материала представлена «старой» аденомой ОЩЖ с кистой, обширными «старыми» некрозами, склерозом, отложениями кристаллов

холестерина; прилежащая ткань ЩЖ и фрагмент ткани железы, направленный на исследование отдельно, с признаками узлового зоба.

Выводы

Больной не предъявлял жалоб, характерных для первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ), поэтому у врачей, как по месту жительства, так и у хирургов-эндокринологов не возникло подозрений на ПГПТ. Поступил в экстренном порядке в тяжелом состоянии, необходимо было решать вопрос о срочном хирургическом вмешательстве. Все внимание хирургов сосредоточилось на результатах визуализирующих методов исследования, так как решался вопрос об операбельности. До операции уровень Ca⁺⁺ был на верхней границе нормы, уровень паратиреоидного гормона не определялся. По данным УЗИ, МСКТ, сцинтиграфии ЩЖ подозрений на ПГПТ не возникло. Использованные методы исследования не позволили дифференцировать паратиреоаденому и узловые образования ЩЖ. Во время операции также не возникло подозрений на ПГПТ, паратиреоаденома ОЩЖ была принята за загрудинный зоб. Образование удалось удалить через шейный доступ. Размеры паратиреоаденомы более 9–10 см в диаметре отмечают исключительно редко. Обращали особое внимание в образовании наличие многокамерной кисты, некрозов. Что касается вопроса, из какой ОЩЖ «исходила» паратиреоаденома: из правой нижней или эктопированной в средостение остается открытым. Во время операции его решить не представлялось возможным. Не исключается, что имела место внутритиреоидная паратиреоаденома. Поэтому ретростернальное расположение выявленного образования не дает полной уверенности в том, что паратиреоаденома развилась в эктопированно расположенной ОЩЖ. В представленном клиническом наблюдении ПГПТ верифицирован только при гистологическом исследовании, явился неожиданной «находкой» для хирургов.

Стаття надійшла до редакції: 25.07.2013

*І. В. Котова, Т. А. Бритвін, Е. А. Алфер'єва-Мартіно, Д. А. Пирогов
Московський обласний науково-дослідний клінічний інститут ім. М. Ф. Володимирського*

ІНЦІДЕНТАЛОМА ПРИЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ, ЕКТОПОВАНОЇ В СЕРЕДОСТІННІ? (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Представлено клінічне спостереження нерозпізнаної ні на доопераційному етапі, ні під час хірургічного втручання паратиреоаденоми, розташованої в передньому середостінні. Остання була прийнята за загрудинний зоб із здавленням органів ший, середостіння. Остаточний діагноз встановлений при патоморфологічному дослідженні.

Ключові слова: первинний гіперпаратиреоз, прищитовидні залози, інциденталома, загрудинний зоб.

I. V. Kotova, T. A. Britvin, E. A. Alferyeva-Martino, D. A. Pirogov
Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute. M. F. Vladimirsky

INCIDENTALOMA OF THE PARATHYROID GLAND, PLACED IN THE MEDIASTINUM? (CLINICAL OBSERVATION)

The work is devoted to clinic observation of paratireoadenoma which located in forward part of mediastinum and was not distinguished neither at preoperating stage nor while surgery act. The one was took as substernal goiter with squeezing of neck organs and mediastinum. While postmortem examination one was diagnosed as primary hyperparathyroidism.

Keywords: primary hyperparathyroidism, parathyroid glands, intsidentaloma.